

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVISCÉRATIONS POST-OPÉRATOIRES SPONTANÉES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Barthélemy-François GRAS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-ÉLOI (Nièvre), le 23 octobre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		BÉGOUIN, professeur	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0010

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 105

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVISCÉRATIONS POST-OPÉRATOIRES SPONTANÉES



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 juillet 1931

PAR

Barthélemy-François GRAS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-ÉLOI (Nièvre), le 23 octobre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président</i>
		BÉGOUIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CREYX.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET A MA MERE

Que ce modeste ouvrage soit un faible gage de l'immense reconnaissance que je leur dois.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MES GRANDS-PARENTS

Toujours si bons pour moi et dont la vie me sera un exemple de travail et d'honnêteté.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES ANCIENS MAITRES DU COLLEGE SAINT-LOUIS
DE BREST

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES JUGES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Croix de guerre.*

Nous garderons toujours le souvenir
de son enseignement si clair et de sa
bienveillance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,*

Chirurgien des Hôpitaux,

Membre correspondant de la Société de chirurgie,

Chevalier de la Légion d'honneur,

*Décoré de la Croix de guerre et de l'ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse et l'assurons de
notre profonde gratitude pour l'extrême
bienveillance qu'il n'a cessé de nous
témoigner.

AVANT-PROPOS

Avant de signer ce modeste travail qui met fin à ma vie d'étudiant, il me reste à m'acquitter d'un devoir bien doux : dire toute ma reconnaissance à tous ceux qui m'ont conduit vers la médecine; à tous ceux qui m'ont aidé de leurs exemples et de leurs conseils.

A mes chers parents, tout d'abord, dont je mesure les sacrifices pour me permettre d'arriver, à eux, dont le dévouement fut sans limite, j'offre ces quelques pages.

A mes Maîtres du Collège Saint-Louis, de Brest, qui se dispensèrent sans compter à ma première formation.

Ma reconnaissance émue va ensuite à mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, auprès desquels j'ai toujours trouvé le conseil éclairé, joint à la grande indulgence et à l'exemple d'une paternelle bonté pour leurs malades.

Je remercie tout spécialement mon Maître M. le Professeur Guyot du grand honneur qu'il me fait en acceptant de présider mon jury de thèse. J'espère ne jamais oublier ses leçons et garder toujours présent à mon esprit le souvenir de sa grande bonté pour ses malades et de son extrême bienveillance à mon égard.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVISCÉRATIONS POST-OPÉRATOIRES SPONTANÉES

HISTORIQUE

« On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire ou par un motif d'intérêt; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute des grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. »

LA BRUYÈRE.

Nous ne saurions mieux commencer ce bref exposé des travaux publiés sur cette question des éviscérations post-opératoires, qu'en citant cette phrase de P. Monod et Kiraly, extraite d'un article de la *Presse médicale* du 23 février 1929 : « Ayant eu l'occasion d'en observer 6 cas, nous avons été surpris, au cours de nos recherches bibliographiques, de ne trouver sur ce sujet que des travaux anciens et peu nombreux. » En effet, à part quelques articles de Pozzi, en 1898-1899, sur la laparotomie et les sutures en général et quelques observations isolées de Reynier, Duret, Beuttner, Doebbelin, Roux, Lauwers, Chibret, Gouilloud, Jeanne et quelques autres chirurgiens qui nous conduisent jusqu'en 1900, nous ne trouvons pas, dans la littérature, de travail complet sur la question.

A cette époque s'ouvre une nouvelle phase, et pendant les quelques années qui vont suivre, les observations vont abonder.

En 1900, M. le Professeur Chavannaz, alors agrégé, publie le premier travail d'ensemble dans le *Bulletin médical* et dans la *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie de Bordeaux*, et réunit les observations éparses publiées jusqu'à ce moment. Il donne de l'éviscération la première définition complète et en indique l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie et le traitement.

La question étant ainsi mise à l'ordre du jour, les auteurs publient de nombreux cas.

Cestan, en 1900, en publie 8. En 1906, il en indiquera 2 autres. En 1901, à Bordeaux, sous l'inspiration de M. le Professeur agrégé Chavannaz, et à Toulouse, dirigé par le Docteur Caubet, Recours et de Briançon mettent la question au point en deux thèses excellentes.

Puis c'est un article de Bauby, en 1901, avec 3 observations où cet auteur cite une leçon de Terrillon publiée par le *Progrès médical* du 14 décembre 1889 et donnant une idée de l'étiologie de l'éviscération.

Dans sa thèse, soutenue en mars 1901 à Paris, Tournemelle donne 5 cas d'éviscération et en étudie l'étiologie et le traitement.

Toujours en 1901, Mme Katz Tchebycheff rapporte 4 cas d'éviscérations tardives à la suite de cures radicales de hernies.

Nous relevons ensuite quelques observations isolées de Boursier, de Guérmonprez et Le Gueut. Puis, en 1905, apparaît le gros rapport de Madelung au XXXIV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie du 28 avril où cet auteur réunit tous les cas publiés jusqu'à ce jour, soit 157 observations.

Enfin, après une observation publiée par M. Demons en 1906; après la thèse de Mouzels, soutenue à Toulouse en 1910 et étudiant spécialement l'éviscération spontanée après la césarienne avec 16 observations, et la thèse de Tourasse, soute-

nue à Lyon en 1911, dans laquelle nous relevons 2 cas d'éviscération tardives, nous retombons dans une période de calme.

En 1914, Paul Delmas, de Montpellier, publie 1 nouveau cas, et la guerre vient, semble-t-il, rejeter la question dans l'oubli.

Une seule observation est publiée, en 1917, par Accame dans la *Semaine médicale de Buenos-Aires*, et il nous faut attendre 1923 pour entendre à nouveau parler des éviscérations.

C'est la thèse de Didier Jean, soutenue à Paris en 1923, qui remet la question en actualité.

En 1926, Lecène-Leriche, dans leur traité de thérapeutique chirurgicale, englobent encore dans un même exposé éviscération et éventration : « C'est un accident toujours sérieux, disent-ils, auquel il importe de remédier aussitôt que possible. Le diagnostic est évident lorsqu'il y a prolapsus d'une anse grêle au travers de la peau déchirée, mais parfois il est délicat lorsque seuls les plans profonds se sont rompus et que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ont résisté. Un examen minutieux dans ce cas révélera la présence d'une tuméfaction sous-cutanée sonore et gargouillante qui assurera le diagnostic. »

Puis, en 1926, P. Muller, de Belfort, publie 4 nouveaux cas suivis d'une méthode de traitement préventif.

Dans le courant de 1929, M. Monod et Kiraly étudient, dans la *Presse médicale*, l'étiologie, le pronostic, le traitement à l'aide des méthodes nouvelles de recherches. Et nous relevons une dernière observation du Docteur Landau et un procédé de suture dans la paroi du Docteur Dupinet dans la *Presse médicale* de 1929.

Enfin, comme nous l'avons dit plus haut dans l'introduction, grâce à l'extrême amabilité de nos maîtres et camarades de Bordeaux, nous avons pu réunir 20 cas inédits. Nous avons fait de notre mieux, et nous nous recommandons à la bienveillante indulgence de nos maîtres à laquelle nous avons eu déjà si souvent recours.

DEFINITION

Avant d'étudier l'éviscération post-opératoire, il importe au moins de savoir exactement ce que c'est. On a longtemps confondu, avant 1900, éviscération et éviction, et si quelques auteurs en font actuellement la différence, beaucoup d'autres, nous l'avons constaté au cours de nos recherches, englobent ces deux accidents, très distincts pourtant, dans la même description.

Tournemelle, en 1901, considère l'éviscération comme un premier degré de l'éviscération. Labadie, Lagrave et Legueu, à leur tour, la même année, font la même confusion et appellent l'éviscération éviction traumatique. Plus près de nous, en 1926, Lecène-Leriche, dans le tome III de leur *Thérapeutique chirurgicale*, retombent dans la même erreur. Et nous-même, dans nos recherches d'observations, avons eu la surprise de nous entendre parler d'éviscération, alors que nous avions demandé des évictions. Pour bien établir la différence entre ces deux accidents, nous ne pouvons que citer Didier Jean, qui, dans sa thèse de Paris, 1923, dit : « Tandis que l'éviscération est un état, l'éviscération est un fait. Le type de l'éviscération est représenté par l'issue des viscères à travers une incision insuffisamment cicatrisée. Dans les jours qui suivent une laparotomie, à l'occasion d'un effort, à la suite d'un mode de suture défectueux ou de toute autre cause, les sutures lâchent et l'intestin se trouve à nu sous le pansement ou sur la peau. L'absence de sac, voilà ce qui caractérise l'éviscération.

» Au contraire, qui dit éviction suppose toujours un sac qui sépare de l'extérieur et de la peau les organes qu'il contient. Les parois du sac peuvent avoir ou non une grosse épais-

seur. On peut les rencontrer excessivement minces dans certains cas, transparentes même, mais toujours la cavité abdominale se trouve protégée par une paroi le plus souvent constituée par le péritoine plus ou moins doublé du tissu cicatriciel. »

Voilà, nous semble-t-il, les choses nettement établies, et cela avait une certaine importance, car si l'éventration est un état compatible avec la vie et ne commandant pas l'intervention d'urgence, l'éviscération, par contre, appelle la réduction immédiate, car elle ne saurait exister longtemps sans mettre les jours du malade en péril.

Ceci posé, la définition de l'éviscération post-opératoire vient d'elle-même. La plus exacte de celles que nous ayons rencontrées est sans doute la définition donnée dès 1900 par M. le Professeur Chavannaz. C'est, dit-il, « l'issue spontanée d'une partie des viscères abdominaux à travers les différentes couches de la paroi ventrale au niveau même ou dans le voisinage immédiat d'une incision opératoire ou de la cicatrice qui lui a succédé ».

Variétés. — D'après le moment où l'accident se produit, on considère deux formes. L'éviscération est dite précoce lorsqu'elle se produit dans les jours qui suivent immédiatement l'opération. La moyenne indiquée par Recours est le huitième jour. C'est la variété la plus fréquente et la plus grave.

Elle est dite tardive lorsqu'elle se produit dans les mois et même les années qui suivent. On l'a vue se produire dix ans après. C'est souvent à la suite d'une intervention pour hernie que cette deuxième variété se rencontre. C'est la plus bénigne.

ETIOLOGIE

Suivant les progrès de la clinique, l'étiologie de l'éviscération se complète peu à peu. Pour y voir clair, nous diviserons son étude en trois parties :

- Causes d'ordre social;
- Causes prédisposantes;
- Causes déterminantes.

Autrefois, on incriminait les conditions d'asepsie douteuses dans lesquelles se faisaient les opérations, et la non-réfection immédiate de la paroi abdominale au niveau des larges orifices de drainage.

Les causes ne sont plus les mêmes aujourd'hui, après les progrès de l'asepsie, mais elles n'en sont pas moins nombreuses.

I. — Causes d'ordre social.

La femme, de 43 à 53 ans, est plus atteinte. Cela tient simplement « à la plus grande fréquence des laparotomies à cette période de la vie » et parce que la femme est plus sujette que l'homme aux affections abdominales.

Le milieu social, les professions pénibles nécessitant de gros efforts, ont une influence nette sur la production des éviscérations tardives.

II. — Causes prédisposantes.

A. — LOCALES.

En considérant nos observations inédites, nous remarquons la prédominance des incisions médianes. Cela tient sans doute à la plus grande fréquence des laparotomies médianes, car, ne l'oublions pas, ce sont surtout les femmes qui font des éviscérations, et chez elles les laparotomies médianes sont fréquentes. Nous verrons plus loin que chez elles les tissus de la ligne blanche, distendus par les grossesses, présentent un manque de plasticité très net.

La longueur de l'incision et le genre d'opération ne semblent pas avoir une influence très marquée sur la production de l'éviscération. Nos observations, inédites ou déjà publiées, ne montrent aucune prédominance à ce sujet, sauf en ce qui concerne les laparotomies pour péritonite tuberculeuse, qui semblent prédisposer nettement à l'éviscération. Nous en comptons trois cas dans la thèse de Recours, que nous reproduisons, et le Docteur Vauverts, de Lille, en indique deux autres. Nous en reparlerons plus loin à propos de l'infection de la paroi. Il faut aussi signaler la fréquence des éviscérations tardives, après une cure de hernie, bien mise en évidence dans la thèse de Mme Katz-Tchebycheff, et qu'on peut expliquer par une faiblesse naturelle de la paroi abdominale, qui prédispose aux récives à l'occasion d'un effort.

Le drainage, pourtant nécessaire souvent, semble avoir une grosse responsabilité, soit que l'éviscération se produise à l'instant où l'on retire les mèches, le malade poussant ou criant à ce moment, s'il s'agit d'un enfant, soit que l'éviscération se produise plus tard, à la faveur de ce point de moindre résistance de la paroi. Le Mikulicz, en particulier, si utile pourtant, accusé déjà de favoriser les éviscération, pourrait bien, par le large orifice qu'il nécessite et la fermeture plus lente de la paroi qui s'ensuit, prédisposer à l'éviscé-

ration. Nous n'en avons pourtant trouvé qu'un cas net, dans nos observations inédites (Obs. de M. le Prof. Loubat).

D'autre part, Tournemelle, dans sa thèse, accuse le drainage « de favoriser l'infection de la suture, le contact des mèches imbibées de pus exposant les fils les plus rapprochés à la suppuration. D'autre part, il arrive qu'un drain mis dans une cavité aseptique sert de porte d'entrée à une affection exogène ».

Nous n'avons pas d'exemple de cette infection secondaire, qui, avec l'asepsie moderne, doit être très rare. Mais la première raison semble bonne, et Pozzi conseille de se servir de « drain en caoutchouc épais », ce qui évite cette imbibition de pus.

Des nombreuses observations que nous avons lues, quelles conclusions pouvons-nous tirer au sujet du mode de suture ? Il semble bien difficile de répondre. En effet, nous rencontrons tous les procédés : suture en un plan au fil de bronze; suture en trois plans avec un surjet ou points séparés au catgut sur le péritoine, crins ou catgut sur les muscles, crins ou agrafes sur la peau, aucun de ces procédés ne semble mettre à l'abri de l'accident. Dans un cas de M. le Docteur Massé, les précautions semblaient bien prises : un surjet au catgut sur le péritoine, des points séparés au catgut et, en plus, un surjet sur le muscle et l'aponévrose, des points aux crins, pour la peau, et des points totaux aux crins doubles noués sur un coussinet de gaze. Le malade a malgré tout éviscéré. Il existerait pourtant des procédés de suture qui semblent moins susceptibles que d'autres de lâcher. A ce sujet, nous devons citer la statistique suivante, que nous devons à M. le Docteur Chauvenet, de Thouars.

Cette statistique porte sur les cinq dernières années et a trait aux laparotomies faites pour des affections diverses.

« Ne sont pas comprises ici, dit le Docteur Chauvenet, plusieurs centaines d'interventions pour appendicite aiguë ou chronique, faites le plus souvent par incision de Jalaguier, suturées en trois plans (catgut) ou en un seul plan, et qui ne m'ont jamais donné d'éviscérations.

» Ne sont pas comprises non plus les hernies, compliquées ou non, avec ou sans hernio-laparotomie étendue, et qui ne m'ont pas donné cette complication. Dans ces cas, j'ai fait le plus souvent la réfection pariétale en employant le crin perdu sur l'aponévrose.

» La plupart des laparotomies sous-ombilicales ont été faites pour des opérations gynécologiques.

» Les deux Pfannenstiel ont été suturés au catgut. Les incisions sous-ombilicales latérales ou transversales ont été soit des Jalaguier très longs, soit des incisions obliques ou transversales, avec section du muscle droit, pratiquées pour des interventions intestinales.

» Les incisions sus-ombilicales médianes ont, le plus souvent, été faites pour des histoires gastriques; les transversales pour des histoires hépatiques ou spléniques. »

STATISTIQUE DU DOCTEUR CHAUVENET, DE THOUARS.

TABLEAU I

Parois en 1 plan	107	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (catgut aponévrotique)	179	Eviscérations : 4
Parois en 3 plans (crins aponévrotiques)	197	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (soie aponévrotique)	137	Eviscérations : 0
	620	4

TABLEAU II

a) <i>Incisions sous-ombilicales médianes :</i>		
Parois en 1 plan	64	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (catgut aponévrotique)	144	Eviscérations : 4
Parois en 3 plans (crins aponévrotiques)	111	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (soie aponévrotique)	83	Eviscérations : 0
b) <i>Incisions de Pfannenstiel</i>	2	Eviscérations : 0
c) <i>Incisions sous-ombilicales latérales, transversales ou obliques</i> (incisions pour appendicectomie ou hernies exceptées) :		
Parois en 1 plan	6	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (catgut aponévrotique)	19	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (crins aponévrotiques)	14	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (soie aponévrotique)	2	Eviscérations : 0
	447	4

TABLEAU III

a) *Incisions sus-ombilicales médianes :*

Parois en 1 plan	13	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (catgut aponévrotique)	0	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (crins aponévrotiques)	44	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (soie aponévrotique)	45	Eviscérations : 0

b) *Incisions sus-ombilicales transversales ou obliques :*

Parois en 1 plan	24	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (catgut aponévrotique)	44	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (crins aponévrotiques)	28	Eviscérations : 0
Parois en 3 plans (soie aponévrotique)	5	Eviscérations : 0

173

0

Nous pouvons donc tirer plusieurs conclusions de l'examen de ces tableaux :

1° Comme nous l'avons déjà vu, ce sont les incisions médianes sous-ombilicales qui sont le plus sujettes à la déhiscence;

2° Une notion nouvelle : ce sont les parois refaites en trois plans avec catgut aponévrotique qui lâchent le plus facilement.

Nous en reparlerons à propos du traitement préventif.

Ce qui peut être incriminé plus que le procédé de suture, c'est la qualité du catgut employé et l'ablation prématurée des points. P. Muller, de Belfort, dans l'*Evolution thérapeutique médico-chirurgicale* d'avril 1926, accuse nettement « le catgut douteux » et donne une observation où « le catgut utilisé provenait d'un vieux tube fabriqué par une maison de second ordre ».

Mais c'est surtout l'ablation prématurée des sutures, alors que la cicatrice n'est pas encore capable de résister au moindre effort, qui prédispose à l'éviscération. Dans les 6 observations publiées par Monod et Kiraly, nous voyons enlever les points le huitième, neuvième ou dixième jour, cette opération étant suivie, immédiatement, ou, au plus tard, le lendemain, de l'éviscération. P. Muller indique lui aussi que les sutures

sont enlevées le huitième et le dixième jour, et là encore l'éviscération suit de très près. Cestan, dans une observation publiée dans le *Toulouse médical*, dit lui-même : « Au huitième jour, ablation prématurée des crins. » Le soir même, le malade éviscère dans une crise de toux. Nous pourrions multiplier les exemples. Dans l'observation publiée par le Docteur Landau dans la *Presse médicale* du 13 mars 1929, nous voyons même enlever le plus haut point le lendemain de l'opération : au pansement suivant le malade avait éviscéré son grêle. Dans nos observations inédites, nous voyons des agrafes enlevées le cinquième jour, des points « prématurément au septième jour », des agrafes au huitième.

En un mot, il semble que l'ablation des sutures avant le dixième jour, surtout si l'on a une raison quelconque de se méfier, soit une cause très importante de la déhiscence de la cicatrice opératoire.

Quelle part doit-on faire actuellement à l'infection de la paroi dans l'étiologie de cet accident ? Elle est, sans aucun doute, moins fréquente qu'il y a quelques années, mais nous la rencontrons encore. Il est, en effet, impossible, dans les opérations pour une affection septique quelconque, de ne pas souiller la plaie opératoire. Du reste, le drainage que l'on est obligé de faire dans ces cas souille nécessairement la paroi dans les jours qui suivent. A ce sujet, l'observation de M. le Professeur Chavannaz est nette : après la péritonite, la paroi s'infecte et se désunit. De même dans l'observation de P. Muller où « la ligne de suture est rouge et donne issue en certains points à un liquide louche », on peut incriminer nettement l'infection.

Mais la notion qui est intéressante à retenir est celle d'infection latente, sans suppuration, souvent, et qui explique bien des éviscération tardives.

C'est le cas de Dœbbelin, où l'on trouve du pus à l'incision, dont la paroi fut donc sûrement infectée, et qui se désunit cinq ans après, « en l'absence de tout effort ». La même malade, revue plus tard, a encore une cicatrice « amincie à tel

point qu'on sent à travers elle les anses intestinales et qu'on peut ainsi les saisir entre les doigts ».

C'est le cas de Guermonprez et Le Gueut, ou après l'ouverture spontanée d'un abcès à l'ombilic, on tombe sur des « tissus lardacés et chroniquement enflammés ». Quatre ans après, la malade, à l'occasion d'une quinte de toux, éviscère son grêle.

C'est le cas cité par Tourasse dans sa thèse, où le malade fait deux abcès de la paroi, et neuf mois après, éviscère son grêle à la suite d'une quinte de toux.

Plus près de nous, c'est l'observation inédite du Docteur Lafargue, où, après une première césarienne, à la suite de laquelle la paroi suppure, en 1924, et une deuxième césarienne avec nouvelle suppuration en 1930, la malade éviscère une masse énorme d'intestin.

Si nous citons cette observation à cet endroit, bien que ce ne soit pas une éviscération tardive, c'est que ce cas nous semble typique d'un microbisme latent et qu'il nous incite à conclure que si l'éviscération précoce, du fait d'une infection, d'une suppuration franche de la paroi, se fait plus rare avec les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, l'éviscération tardive, par contre, peut souvent s'expliquer légitimement par un microbisme latent, une infection silencieuse, datant d'une intervention parfois éloignée. Nous pourrions, de cette notion, tirer des conclusions intéressantes du point de vue traitement préventif.

Nous relevons dans la thèse de Tournemelle un cas d'éviscération par hématome intrapariétal aseptique. Le cas nous semble assez rare; nous en avons recherché d'autres sans succès et nous ne le citons que dans le désir d'être complet.

Nous mettons à dessein dans un paragraphe spécial l'infection de la paroi par le liquide d'ascite d'une péritonite tuberculeuse. C'est, en effet, un genre d'infection très spécial et il est à remarquer que, dans les quelques observations que nous avons relevées, partout où il y a ascite tuberculeuse il y a rupture de la paroi. Nous ne voulons pas évidemment en faire

une loi. Mais il importe grandement, dans les péritonites tuberculeuses avec ascite prédominante, que l'on traite justement par la laparotomie, de prendre toutes précautions nécessaires pour éviter cet accident, car il semble bien que cette opération, en créant une infection de la paroi, et les auteurs sont affirmatifs à ce sujet, prédispose nettement à l'éviscération.

Enfin il est une cause mécanique qui tout naturellement prédispose aussi à cet accident : c'est le ballonnement du ventre. On conçoit très bien que, sur une paroi distendue par une pression assez forte, mais qui ne détermine pas elle-même la rupture, parce qu'elle est lente, progressive, continue, le moindre excès de tension survenant brusquement aura des effets néfastes et causera l'accident. C'est le cas de Madelung, cité par Mouzels, où l'on note du météorisme associé à un effort de toux. C'est le cas encore de Clément Godson, cité dans la même thèse, où l'on voit une distension énorme des anses. C'est le cas du Docteur Mongie, cité par Recours, où l'on note des éviscérations successives causées par un utérus gravide, qui, associé à une infection tuberculeuse de la paroi et à la reproduction rapide de l'ascite, prédispose à l'éviscération déterminée par la toux.

C'est le cas du Docteur Massé, de Bordeaux, où l'on note du ballonnement du ventre et de la dilatation de l'estomac. Nous avons donc là les causes principales de distension : dilatation aiguë de l'estomac, ascite, grossesse, météorisme, et il semble bien qu'il ne faille pas négliger leur action prédisposante.

Enfin, nous aurons tout dit des causes prédisposantes locales lorsque nous aurons parlé du défaut de plasticité des tissus, relevant d'une action mécanique locale. (Nous verrons plus bas qu'il existe un défaut de plasticité par cause générale.) Nous avons noté, au début de ce chapitre, que l'éviscération était plus fréquente chez la femme, et nous en avons donné deux raisons : fréquence des opérations abdominales et fréquence des incisions médianes en tissu mauvais. En effet,

chez la femme qui a eu des grossesses, aux dépens de quelle partie de la paroi s'est produite l'augmentation de volume du ventre ? Si nous nous reportons aux travaux de Tourasse, nous voyons que c'est aux dépens de la ligne blanche : « En effet, les grands droits sont écartés de 8 à 12 centimètres au niveau de l'ombilic et forment un losange dont l'angle inférieur est à 7 centimètres au-dessus du pubis. De plus, le bord externe des droits reste toujours à même distance des apophyses épineuses. C'est donc la ligne blanche qui cède. » Nous avons voulu contrôler nous-même ces résultats, et nous sommes arrivé à une conclusion semblable. Une tumeur quelconque médiane, une ascite, seraient susceptibles de jouer le même rôle. Il paraît donc probable que les tissus de la ligne blanche ne subissent pas une telle distension sans dommage et qu'ils sont ensuite dans de mauvaises conditions pour cicatriser rapidement lors d'une laparotomie. Peut-être pourrions-nous tirer de cette notion importante des conséquences utiles pour le traitement préventif. Il est du reste légitime de penser qu'une cicatrice d'opération antérieure laisse elle aussi les tissus dans un état défectueux de vitalité et qu'il est peut-être utile, lors d'une seconde intervention, et si l'on a des raisons de redouter l'éviscération, de faire la nouvelle incision en tissu souple. Mais ceci n'est qu'une hypothèse, qu'il faudrait vérifier.

B. — GÉNÉRALES.

Sans avoir peut-être l'importance de certaines causes locales, les causes liées à l'état général des sujets jouent un grand rôle, qui leur a été reconnu par tous les auteurs. M. le Professeur Chavannaz, dans son mémoire de 1900, dit : « Les sujets affaiblis, amaigris, cachectiques, seraient peut-être plus susceptibles que les autres, leurs plaies auraient moins de tendance à la réparation, et leurs cicatrices seraient moins résistantes. »

Desfosses va plus loin et désigne spécialement les sujets atteints d'affection néoplasique de l'estomac comme candi-

dates à l'éviscération, et en donne une observation. Tournemelle, dans sa thèse, nous parle des « malades amaigries par une suppuration prolongée, chez lesquelles la peau, amincie, est ridée et semble trop large; la tranche est pâle et décolorée, les muscles jaunâtres ». P. Muller nous parle des « malades en état de dénutrition ». Parmi nos observations inédites, nous relevons le cas de M. le Docteur Rabère, dont le malade avait un néo de l'estomac. Dans l'observation de M. le Professeur agrégé Dufour, nous trouvons un néo du carrefour hépatique, et dans la littérature les exemples abondent. En un mot, nous croyons que les affections touchant l'état général des sujets ont une grosse responsabilité. Si nous voulons traduire cette notion par des chiffres, reportons-nous au travail de Monod et Kiraly.

Pour le cancer ils trouvent :

Sur 24 cas de M. le Professeur Chavannaz, 3 cas, soit 12,50 p. 100;

Sur 38 cas de Recours, 7 cas, soit 18,4 p. 100;

Sur leurs 6 cas, 1, soit 16,6 p. 100.

Pour la syphilis il faut se contenter de notions récentes, car le B.-W. était inconnu en 1900.

Nous relevons pourtant un tabétique dans le mémoire de M. le Professeur Chavannaz et deux syphilitiques dans le travail de Monod et Kiraly, soit 66,6 p. 100. Mais ce chiffre n'a pas grande valeur, établi sur trop peu de cas.

Les tuberculeux, à nutrition générale mauvaise, avec anémie souvent marquée, sont eux aussi des prédisposés.

Monod et Kiraly ont introduit une notion nouvelle, qui serait intéressante à vérifier; nous n'avons, jusqu'ici, pas pu le faire, malheureusement, n'ayant pas eu à notre portée des cas d'éviscération, c'est la recherche du temps de coagulation. D'après ces auteurs, ce temps serait augmenté. Il l'est dans deux des six cas qu'ils ont publiés. A côté de ces affections générales, à allure subaiguë ou chronique, nous trouvons dans la littérature une observation de Bauby relatant

une éviscération causée par une maladie aiguë : « Les maladies aiguës intercurrentes, dit-il, peuvent agir dans le même sens et je me rappelle une jeune femme robuste qui, peu de jours après une laparotomie, fut atteinte d'ictère très prononcé. Quant on retira les points de suture, la plaie s'ouvrit jusqu'au péritoine exclusivement... Les tissus étaient imprégnés de pigments biliaires. La réunion secondaire fut très lente. » (*Arch. prov. de chir.*, 1^{er} juin 1901.)

Enfin une dernière catégorie de malades chroniques sont susceptibles d'éviscérer : ce sont les adipeux. Tournemelle dit dans sa thèse : « Chez certains sujets, le pannicule sous-cutané présente une épaisseur telle que la graisse suinte au fond de la plaie ou par les points de suture. Dans ces conditions, étant donné l'existence d'espaces morts et le peu de vitalité des tissus, il n'est pas rare d'observer l'éviscération. » Nous retrouvons cette adiposité très marquée dans l'observation de M. le Docteur Massé, dans l'observation de M. le Professeur agrégé Jeanneney, pour ne citer que nos observations inédites, et ces auteurs nous ont bien signalé l'importance de la chose.

Il faut aussi signaler le cas publié en 1902 par le Docteur Boursier, où cet auteur accuse le mauvais état général de la malade, causé par une maladie de Basedow.

Nous avons passé en revue toutes les causes prédisposantes locales et générales. Examinons maintenant les causes déterminantes.

III. — Causes déterminantes.

Pour nous, il n'y en a qu'une : l'effort. Lorsque l'accident est, pour ainsi dire, préparé par l'une des causes citées plus haut, la moindre contraction de la sangle abdominale, le moindre excès de pression, se faisant un peu brutalement, même et souvent à l'insu du malade, provoque la rupture.

Sous quelles formes se manifeste le plus fréquemment cette variation de pression ? C'est, en général, sous forme d'une

quinte de toux, qui a pour double effet de contracter les muscles abdominaux, et, par l'abaissement brusque du diaphragme, d'augmenter la pression intra-abdominale. Reportons-nous encore à la statistique de P. Monod et Kiraly.

Nous voyons les proportions suivantes :

Sur 24 cas de M. le Prof. Chavannaz, 6, soit 25 p. 100;

Sur 157 cas de Madelung, 51, soit 32,4 p. 100;

Sur 38 cas de Recours, 2, soit 28,9 p. 100;

Sur leurs 6 cas, 4, soit 66,6 p. 100;

Sur 16 cas de Mouzels, 4, soit 25 p. 100.

Nous trouvons ensuite, par ordre de fréquence, nous semble-t-il, les vomissements anesthésiques ou à l'occasion d'un lavage d'estomac, les cris, chez les enfants, au moment où l'on enlève les points, les contractures spéciales que les malades font pour se soulever, pour se mettre sur le bassin, ou lorsqu'on les change, ils prennent la position dite en pont, très dangereuse. Cestan en cite un cas très net. Citons encore les cas de délire, les malades se levant, se remuant brusquement, portant la main à leur pansement, et enfin les levers intempestifs et les efforts d'éternuements.

En ce qui concerne les éviscérations tardives, l'effort est, en général, facile à retrouver et a lieu souvent à l'occasion d'un travail pénible.

Nous espérons avoir examiné toutes les causes capables de créer l'éviscération. Voyons maintenant très rapidement quels sont les organes susceptibles d'être éviscérés et quel est l'aspect général de la brèche.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nature des organes éviscérés.

Par ordre de fréquence, nous trouvons l'intestin grêle avec l'épiploon, le gros intestin, l'utérus gravide, l'estomac et le foie, et encore ces derniers ne font-ils qu'affleurer la surface de la plaie.

Quant au volume de la masse éviscérée, il va depuis la simple frange épiploïque jusqu'à la masse énorme formée par tout l'épiploon, la moitié du gros intestin et presque tout le grêle, comme dans l'observation du Docteur Lafargue, en passant par tous les intermédiaires possibles.

Aspect des organes.

La chose est plus intéressante à considérer. Sans parler de l'observation classique du Docteur Roux, de Lausanne, où l'intestin était souillé de pommade, de poils, de mie de pain et de sel, il est une notion intéressante à retenir : c'est la rapidité avec laquelle se font les adhérences. Dans un cas de Cestan, deux heures après l'accident « les anses sont déjà adhérentes ». Dans l'observation de Boursier, deux heures et demie après, « lavage à l'eau boriquée chaude, pour détruire quelques débuts d'adhérences ». Dans l'observation du Docteur Massé, l'éviscération s'est produite dans la nuit, et le matin, au moment de la réduction, l'intestin grêle « est en partie adhérent à la lèvre droite de la plaie ».

Il faut se rappeler que ces adhérences sont précoces, y penser au moment de la réduction, pour ne pas s'exposer, par

des manœuvres brutales, à déchirer une anse. Indépendamment de ces adhérences, les anses peuvent être rouges, distendues, au point de gêner la réduction et même de la rendre impossible. Il est évident que plus on s'aperçoit de l'accident tardivement, plus les adhérences se constituent, et l'on arrive, comme dans le cas de Guermontprez et Le Gueut, à voir au dix-huitième jour des anses qui « s'agglutinent en un véritable champignon et se recouvrent d'un enduit épais... la masse herniée prise en bloc et recouverte d'un exsudat blanc grisâtre qui cimente les anses..., le pédicule est absolument adhérent à l'anneau herniaire. On le libère et, ne pouvant individualiser les anses, on réduit le tout en bloc, après s'être assuré qu'aucune bride ne menace d'étranglement ». Cette dernière précaution est capitale. De plus, les viscères peuvent être perforés. Cette éventualité, bien que rare, doit être présente à l'esprit, et un examen rapide doit être fait à ce sujet.

Aspect de l'orifice.

La plaie sera soit sur la ligne de section, — c'est le cas le plus fréquent — soit sur la ligne de sortie des points, soit à un endroit de moindre résistance, orifice de drain, abcès voisin. On rencontre plutôt cette dernière manière dans les éviscérations tardives. Tout ou partie de l'incision peut être intéressée. Les bords seront lisses ou déchiquetés, rouges, tuméfiés, bourgeonnants ou atones, suppurants, grisâtres.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous diviserons cette étude en signes locaux et généraux.

I. — Signes locaux.

Peut-on prévoir l'éviscération? Dans certains cas, oui, à l'aide de quelques signes que nous appellerons précurseurs et qui ont leur importance.

Lorsque le chirurgien, en refaisant le pansement, dans les jours qui suivent l'intervention, se trouve en présence d'une plaie suppurante ou simplement cedématisée, rouge, suintante; s'il voit quelques gouttelettes huileuses s'échapper par les points de sutures; s'il a rencontré à l'incision des tissus très adipeux, ou, au contraire, scléreux, à coupe sèche et pâle, il devra se méfier. Si, de plus, le malade est fatigué, taré, atteint d'une affection chronique ou faisant un épisode aigu; s'il est délirant et agité, ou tousseur, il faudra redoubler de surveillance, examiner souvent le pansement, car ces constatations font présager un accident imminent.

A. — SIGNES SUBJECTIFS.

Nous disons qu'il faudra examiner souvent le pansement, car, en effet, il ne faut pas trop compter sur les signes subjectifs. Sans parler des cas où le malade délirant est incapable de s'apercevoir de l'accident, nous remarquons que souvent le sujet ne ressent rien. Quelquefois nous notons de la douleur; mais combien imprécise. Elle peut être localisée à l'endroit

de la rupture, ou généralisée à tout l'abdomen. Le plus souvent le patient accuse une sensation bizarre de rupture, d'écartement, suivie d'une impression de chaleur humide glissant sous le pansement vers les cuisses. Plus tard, c'est une sensation de gêne, de tension dans le pansement, et c'est parfois tout. Rarement, dans les éviscérations précoces, le malade se rend un compte exact de ce qui s'est passé. Nous voyons même, dans l'observation de M. Demons, la malade ignorer non seulement l'accident, mais aussi la réduction faite « sous un prétexte quelconque ». Nous relevons dans nos observations recueillies dans la littérature les phrases suivantes : « Le malade se plaint d'humidité dans son pansement. L'infirmière ne s'aperçoit que tardivement de l'accident. Sensation de déchirure et d'écoulement. Pas de douleur nette. Rupture de la cicatrice sans aucune douleur. Sensation bizarre comme si le ventre s'ouvrait, etc. ». Dans nos observations inédites, le malade du Docteur Dufour « sent sa paroi se déchirer, mais ne souffre pas ».

Nous voyons donc qu'en général il ne faut pas s'attendre à avoir l'attention attirée par le malade. C'est une raison pour ne pas négliger les quelques cas où le malade le fait, pour l'interroger à ce sujet et examiner son pansement.

B. — SIGNES OBJECTIFS.

A l'examen du pansement, que voyons-nous? Quelquefois une frange épiploïque ou une anse grêle sort à la partie inférieure, c'est l'exception. Le plus souvent, nous voyons un pansement infiltré, mouillé de sérosités abdominales et bombé, tendu fortement. Il suffira de le soulever, de l'enlever, après avoir transporté le malade à la salle d'opérations, pour se rendre compte de l'accident. Il est évident que, dans le cas d'éviscération tardive, les signes précurseurs sont en général absents; les signes subjectifs sont réduits à la sensation de craquements et de chaleur humide et à la vue des viscères, et les signes objectifs à cette même dernière constatation.

II. — Signes généraux.

Nous n'avons pas grand renseignement à ce sujet. La plupart de nos observations sont muettes. Les deux observations de Delmas, publiées en 1914, indiquent pourtant qu'après l'éviscération « le shock intense qui s'ensuit interdit toute réfection immédiate de la paroi » ... « qu'immédiatement, état de shock violent (pâleur, sueurs, refroidissement, petitesse du pouls) ».

Dans nos observations inédites, nous voyons la malade de M. le Professeur agrégé Jeanneney « dans un état grave ». Ailleurs, ou bien il n'est pas fait mention de l'état général, ou bien même on constate un état général excellent.

Quelles conclusions pouvons-nous donc tirer de ces constatations vagues? Rien de précis. Nous reportant aux expériences de Tixier, nous ne pouvons qu'indiquer qu'il doit se produire au moment de l'éviscération et surtout au moment de la réduction une baisse notable de la pression; que le pouls doit devenir faible, mou, filant, qu'on doit marquer un ralentissement du rythme cardiaque, et que la respiration doit être accélérée, superficielle, saccadée, haletante.

Nous ne trouvons que dans l'observation de M. le Professeur Rocher le pouls à 168 et la température à 39°6.

Nous ne pouvons que redire ce que M. le Professeur Chavannaz disait en 1900 : « Les symptômes généraux dans les premiers moments qui suivent l'éviscération n'ont guère été notés par les auteurs », et nous le regrettons vivement, car la connaissance de l'état plus ou moins avancé de choc peut être d'une grande utilité pour l'établissement d'un pronostic.

DIAGNOSTIC

Il ne comporte aucune difficulté. Lorsqu'on voit les viscères hors de l'abdomen comme dans les éviscérations tardives, par exemple, il est évident. Il se fera, soit parce que le malade attire l'attention du chirurgien sur son pansement qui le gêne, soit qu'à l'occasion d'une visite on découvre le malade et l'on trouve son pansement humide et tendu.

Mais la question principale est d'y penser, surtout si le chirurgien a l'esprit aiguillé dans ce sens par les petits signes précurseurs dont nous avons parlé, il devra surveiller de près son malade et vérifier souvent le pansement.

Le diagnostic, pour être complet, doit comprendre un examen des viscères. Le chirurgien devra d'abord les reconnaître, puis en vérifier l'intégrité, rechercher les adhérences entre les anses et avec les bords de la plaie, apprécier les chances d'infection et de réaction péritonéale.

Il faudra aussi remonter autant que possible à l'étiologie de l'accident pour supprimer si possible cette cause de récurrence, et prévoir, pour les éviter, les complications proches et éloignées.

PRONOSTIC

Quel est le sort du malade qui vient de subir cet accident impressionnant ? Il dépend en grande partie de la précocité de l'intervention. Il est à peine besoin d'envisager le cas où l'accident est abandonné à lui-même. Il est probable que les souillures inévitables des viscères provoqueraient une péritonite fatale.

Mais il est des cas où la réduction est impossible et où l'on doit se contenter d'éviter l'infection par des compresses. Dans ce cas, en général, tout se passe très bien. Nous n'en voulons pour preuve que les observations de Bull et de Le Bec, citées par M. le Professeur Chavannaz, où l'on voit « l'intestin se réduire peu à peu sous l'influence de la compression » et « une mince pellicule cicatricielle, partie des bords de la plaie, monter peu à peu sur l'intestin et fermer la plaie en dix semaines ».

Plus près de nous, c'est l'observation de J.-B. Landau, qui a « assisté, émerveillé, à la réintégration progressive et spontanée des anses dans l'abdomen » sous la seule influence de compresses vaselinées et d'un pansement compressif.

Tout ceci est très bien, mais on risque encore l'infection, et ce n'est pas l'idéal. Dans la majorité des cas, on réduit d'urgence l'éviscération. Quel est, dans ce cas, le sort probable du malade ? Nous pouvons dire qu'en général la guérison se produit. Elle est due en grande partie à l'extraordinaire résistance du péritoine de ces malades. D'après Texier, cette résistance est soit naturelle, c'est le cas du péritoine du petit bassin chez la femme, soit acquise par une inflammation antérieure. Un fait est certain, c'est que l'on assiste à des choses extraordinaires. C'est le cas de Guermonprez et Le Gueut où, après avoir laissé la masse éviscérée pendant dix-huit jours

hors de l'abdomen, simplement entourée de compresses bouillies, on réduit avec beaucoup de difficultés après nettoyage au sérum artificiel. La malade fait une réaction péritonéale et guérit. Ce sont les cas de Paul Delmas où la malade reste quatre-vingt-sept jours la cicatrice béante, une simple compresse sur laquelle on verse de l'éther de temps à autre empêchant l'intestin de sortir à nouveau; une autre malade fait de même, « et, trois mois après, élimine par une fistule pariétale des débris de la compresse qui n'avait pas été retirée ». Ce sont surtout les éviscérations tardives qui sont typiques à ce sujet. Les malades recueillent leurs viscères dans leur tablier, dans leur chemise..., et viennent à l'hôpital où la réduction est faite plusieurs heures après sans aucun dommage. Seule une résistance spéciale de la séreuse peut expliquer ces faits.

Mais il ne faut pas non plus être optimiste à l'excès, et les statistiques indiquent une mortalité de 20 à 22 p. 100.

Il faut réserver son pronostic et compter avec les complications proches et lointaines.

Les complications proches seront l'infection, qui sera d'autant plus importante que le diagnostic aura été plus éloigné et la réduction plus tardive.

Ce sera la péritonite par lésion, perforation d'une anse intestinale passée inaperçue et déterminant une fistule stercorale, porte ouverte à une infection secondaire.

Ce sera le choc parfois intense, surtout si la réduction est laborieuse et nécessite des manœuvres nombreuses et traumatisantes.

Ce sera enfin la possibilité de récidives précoces qui créeront de nouvelles sources d'infection et de choc.

Les complications lointaines sont aussi à prévoir. Il peut y avoir des récidives à distance, surtout si le malade conserve une éviscération. Dans ce dernier cas, il faudra aussi penser à la possibilité d'une hernie interstitielle pouvant s'étrangler comme dans l'observation citée par Tourasse.

Il faudra envisager aussi la possibilité de production de

brides et d'adhérences entre les anses réduites, souvent dépolies et plus ou moins traumatisées et pouvant créer des phénomènes d'occlusion.

Enfin, le pronostic immédiat devra surtout tenir compte de l'état de résistance du malade. Il est remarquable, en particulier, que l'éviscération chez les cancéreux entraîne presque toujours une issue fatale.

Nous voyons donc que si la mortalité immédiate est relativement peu élevée et le pronostic assez bon, *quoad vitam*, il est prudent de le réserver malgré tout et de penser à la possibilité d'accidents éloignés assez graves. Comme le dit Recours : « C'est malgré tout une mortalité suffisante pour que les chirurgiens la prennent en considération et pour qu'ils s'appliquent à en diminuer la proportion par les soins qu'ils prendront à bien mener leurs interventions et à éloigner de leurs opérés tout ce qui pourrait être une cause d'éviscération : en particulier à s'inquiéter si la paroi qu'ils laissent est suffisante pour résister à la pression intra-abdominale. »

TRAITEMENT

Nous envisagerons le traitement du point de vue préventif d'abord, curatif ensuite.

I. — Traitement préventif.

Nous diviserons l'étude des mesures à prendre pour éviter l'éviscération en trois parties :

- Mesures à prendre avant l'opération;
- Mesures à prendre pendant l'opération;
- Mesures à prendre après l'opération.

A. — AVANT L'OPÉRATION.

Il importe, avant l'intervention, de choisir, pour ainsi dire, son sujet. C'est-à-dire qu'il faudra autant que possible écarter les sujets tousseurs nerveux et agités, très cachectiques, qui ne résisteront pas à la péritonite, les adipeux, les basedowiens..., en un mot tous ceux dont l'état général laisse trop à désirer. Si l'opération est indispensable, il faudra, avant de l'entreprendre, calmer la toux et les phénomènes d'agitation et relever l'état général par un traitement approprié. P. Monod et Kiraly recommandent aussi de dépister et de soigner la syphilis.

B. — PENDANT L'OPÉRATION.

Lorsque l'incision porte sur la ligne blanche et que les tissus sont atones, manquent de plasticité, il sera bon d'ouvrir

la gaine des droits et de suturer entre eux les deux muscles après avivement de leurs bords.

A propos de l'incision, Victor Pauchet, dans *La Clinique* d'avril 1928, dit : « Dans les deux tiers des cas de gynécologie, l'incision de Pfannenstiel est la méthode idéale; elle donne une paroi solide; la fermeture est rapide; les suites sont simples. »

L'anesthésie, à moins de contre-indications, pourrait être faite au « kélène », qui diminue les vomissements, ou mieux à la rachianesthésie.

Si le drainage est jugé nécessaire, il vaudra mieux, d'après le conseil de Pozzi, employer un drain de caoutchouc que des mèches de gaze.

Nous arrivons maintenant à la question si discutée des sutures. M. le Professeur Chavannaz dit : « Le jour où l'on aura établi sûrement le moyen de faire après une laparotomie une paroi abdominale solide, ce jour-là on aura écarté la possibilité de production de l'éviscération. » A-t-on trouvé ce moyen ? La diversité des procédés de suture proposés indique à elle seule qu'aucun ne donne entièrement satisfaction.

Nous avons en présence le procédé en paletot de Segond, décrit par Mouzels dans sa thèse, où l'auteur cherche à croiser, à superposer les surfaces fibreuses des aponévroses à la façon des deux côtés d'un veston croisé.

Nous avons, dans le même travail, la méthode de Jeannel, où l'auteur met des agrafes de Michel sur le péritoine, des fils métalliques sur les muscles et des agrafes sur la peau, avec, chez les sujets adipeux, des points de soutien aux crins.

Nous voyons, dans la *Presse médicale* du 9 mars 1929, un procédé préconisé par le Docteur Dupinet. Cet auteur suture le péritoine et l'aponévrose postérieure des grands droits avec un surjet de catgut n° 0. Puis rapproche sans serrer les bords internes des grands droits avec 4 à 6 points de catgut n° 0. Il suture ensuite l'aponévrose superficielle des grands droits aux crins perdus. Enfin la peau est suturée aux crins.

Victor Pauchet a successivement employé et abandonné la

suture en trois plans, qui est plus longue et qui lui a donné soit la déhiscence de la paroi (catgut), soit la suppuration (fils non résorbables), et la suture en un plan au fil de bronze, qui fait souffrir davantage le malade après l'opération, donne des cicatrices laides et des éventrations plus fréquentes. « Actuellement, dit-il, je préfère les trois plans, au fil non résorbable sur l'aponévrose. Je pratique la suture en un plan au fil de bronze dans les cas suivants :

- 1° Application d'un Mikulicz;
- 2° Les doigts et les instruments ont été infectés et je n'ai pas changé de gants avant de refaire la paroi;
- 3° Voisinage de fistules stercorales, d'anus contre nature;

Le Docteur Roux, de Lausanne, emploie lui aussi des points musculo-aponévrotiques non résorbables et ne se plaint pas de suppuration, de même le Professeur Grégoire.

Dans ces conditions, comment pouvons-nous nous faire une opinion ?

Un procédé de suture employé maintenant semble donner de bons résultats.

On suture en trois plans avec :

Surjet, ou mieux points séparés au catgut sur le péritoine;

Surjet ou points séparés musculo-aponévrotiques, au catgut ou aux crins;

Points séparés aux crins pour la peau;

Points profonds prenant toute l'épaisseur de la paroi aux crins doubles ou métalliques, noués sur un bourrelet de gaze.

En fait, cette question des sutures est très discutée, et aucun procédé ne peut être vraiment considéré comme mettant sûrement à l'abri des accidents post-opératoires d'éviscération. C'est l'impression que nous avons eue au cours de nos lectures à ce sujet.

Aussi nous voyons P. Muller préconiser, en plus des sutures, l'emploi de bandes de leucoplaste. Comme il n'est pas toujours possible de prévoir que la désunion de la plaie opératoire se produira, dit-il, il est toujours indiqué comme prophylaxie de cette complication d'unir systématiquement les deux lèvres de la plaie cutanée au moyen de bandes de leucoplaste, de manière que la ligne d'adossement ne subisse aucune traction susceptible de l'écarter. On veillera également dans toutes les laparotomies, à n'employer que du catgut récent de bonne provenance. »

Ce moyen peut être utile et employé au moins chaque fois que l'attention du chirurgien sera attirée par un signe quelconque faisant redouter l'éviscération.

Enfin, chez l'enfant, M. le Professeur Rocher donne le conseil de ne pas employer d'agrafes pour la peau : « Ces agrafes, dit-il, créent de petites ulcérations qui nécessitent leur ablation vers le sixième ou huitième jour et laissent une paroi trop faible pour résister à la pression causée par les crissements que cette petite opération ne manque pas de provoquer. »

C. — APRÈS L'OPÉRATION.

Il faudra surveiller le malade, surtout s'il est agité et délirant. Il sera bon de le découvrir pour se rendre compte de l'état du pansement. Si le malade accuse la moindre gêne, défaire le pansement.

Pour mettre l'intestin au repos et éviter sa distension par les gaz, il sera bon, pendant les jours qui suivront, de ne permettre que les liquides, et de donner un lavement légèrement laxatif. Le repos complet de l'intestin sera obtenu à l'aide d'opium donné, par exemple, sous forme d'extrait thébaïque. Il faudra aussi ponctionner l'ascite avant qu'elle n'exerce une pression dangereuse sur la paroi.

Il faudra éviter tout effort au malade, en particulier ne pas lui faire prendre cette position néfaste, dite « en pont », pour glisser sous lui un bassin. Ne pas le faire lever trop tôt. Éviter qu'il s'enrhume et calmer la toux et l'agitation.

Il sera bon d'isoler les opérés pour éviter qu'ils contractent une maladie infectieuse quelconque.

Il ne faudra pas surtout, et ceci est très important, tellement la chose est fréquente, enlever les points trop tôt. Il est plus prudent d'attendre au quinzième jour. Nous voyons même M. le Professeur Duvergey enlever ses points totaux de soutien au dix-huitième jour. Il faudra, en particulier, retarder leur ablation chez les cachectiques, les adipeux, les tuberculeux, en un mot chez les malades à état général déficient, à tissus atones. Il sera bon alors de remplacer les points enlevés par des bandes de leucoplaste et un pansement compressif.

Les mêmes précautions seront prises utilement si l'on doit faire un lavage d'estomac, après l'ablation d'un Mikulicz, après l'ablation des points chez les enfants, et en général dans tous les cas où l'on redoute un effort dangereux.

Il faudra aussi, et ceci est naturel, soutenir, relever l'état général du malade par du sérum artificiel ou du goutte à goutte glucosé.

Enfin, pour compléter le traitement préventif, nous signalerons l'utilité très grande du port de la ceinture, surtout après une cure de hernie ou s'il s'est produit une légère infection de la paroi pouvant faire penser à un microbisme latent, et entraînant souvent des éviscérations tardives.

II. — Traitement curatif.

Si toutes ces précautions n'ont pu empêcher l'accident, que doit faire le chirurgien ? Quel est le traitement curatif qu'il devra appliquer ?

Nous l'envisagerons encore à trois points de vue :

- la réduction;
- la suture;
- les suites.

Dès que l'éviscération sera constatée, il faudra réduire, dans le lit du malade même, ou mieux, si possible, dans une salle d'opération.

Avant d'opérer la réduction proprement dite, le chirurgien entourera le pédicule de la masse éviscérée de compresses stériles, puis lavera doucement cette masse soit à l'éther, soit au sérum tiède, de préférence à l'aide d'antiseptiques non irritants. Il évitera de frotter les anses intestinales et rompra avec précaution les quelques adhérences qui pourraient déjà exister. Il vérifiera l'intégrité des anses grêles, il fera une antiseptie soigneuse des bords de la plaie.

Rarement, le lavage de la grande cavité péritonéale sera nécessaire. Nous ne l'avons pas vu pratiquer dans nos observations, mais quelques auteurs en parlent.

Si l'on se trouve en présence d'une éviscération déjà ancienne, avec les anses adhérentes agglutinées, inséparables, il serait dangereux et inutile de tenter de les libérer. Dans ce cas, le traitement de choix semble être dans un lavage à l'éther ou au sérum et dans un pansement à plat légèrement compressif. Les anses se recouvriront peu à peu d'une mince pellicule qui s'épaissira peu à peu et qui nécessitera le port d'une ceinture.

Il n'est pas toujours facile de réduire. Plusieurs procédés ont été conseillés, qui, tous, ont pour but de diminuer les manœuvres traumatisantes pour l'intestin. Nous indiquerons les principales méthodes proposées.

Si la brèche est trop grande, l'intestin sort au fur et à mesure qu'on le rentre. Il suffit de réduire la brèche à l'aide de pinces placées sur le péritoine. Si le patient fait des efforts d'expulsion, quelques bouffées d'éther le calmeront. Nous parlerons plus loin de l'utilité de l'anesthésie à ce moment.

Enfin, le chirurgien peut se trouver en présence d'anses météorisées impossibles à réduire. Dans ce cas, le nombre des méthodes abonde.

Sheild passe un fil de soie à travers chacune des lèvres de

la plaie, puis tire et maintient les parois en forme de bourse.

Rehn a employé avec succès la sonde stomacale pour vider l'intestin de ses gaz.

Kiwall introduit une grosse sonde dans le rectum, et, à l'aide d'une injection d'eau chaude, vide l'intestin de matières et de gaz.

Pollosson préconise, chez les enfants surtout, la manière suivante. A l'aide de la main gauche étalée, il repousse les anses intestinales, et, de la droite, il referme la paroi.

Kümmell semble avoir indiqué le meilleur procédé. C'est le procédé de la serviette, très employé. Une grande serviette placée sur les anses éviscérées, et dont les bords sont glissés sous la paroi abdominale, permet la réduction sans traumatismes et protège l'intestin contre les piqures possibles au moment de la fermeture. On retire peu à peu la serviette à mesure que la suture se fait.

Enfin les auteurs ont pensé aussi à agir chirurgicalement sur les anses distendues.

Le Dentu et Ferrier ponctionnent les anses intestinales à l'aide d'un gros trocart et mettent ensuite un ou deux points de suture.

Madelung va plus loin et fait ce que Bœckel a appelé l'entérostomie temporaire. Il fait une incision de 5 à 6 centimètres sur l'anse distendue par où il évacue les gaz et les matières, et qu'il referme ensuite. Il est inutile de signaler les dangers d'infection de cette méthode qui sont évidents.

Nous en arrivons à la question de l'anesthésie. Faut-il ou ne faut-il pas endormir le malade pour la réduction ? Il nous semble que ceci soit inutile et souvent nuisible. Le malade est en général très choqué, de plus l'anesthésie peut provoquer des vomissements dangereux, et nous voyons, dans l'observation de M. Demons, pratiquer la réduction et la suture aux fils d'argent sans que la malade ait connaissance de son accident.

De même, dans l'observation de Cestan, on réduit et suture sans anesthésie.

M. le Professeur Chavannaz, en 1900, dit : « Il est préférable de ne pas faire l'anesthésie générale. »

D'autres auteurs, au contraire, sont partisans de l'anesthésie générale. Que faut-il penser de ces avis divers ?

Nous croyons que la conduite du chirurgien doit être dictée par l'état général du malade. Si celui-ci est choqué, fatigué, cachectique, l'anesthésie générale semble contre-indiquée, car elle va causer une intoxication et des vomissements qui pourront être graves. Si, au contraire, l'état général est bon, comme dans le cas des éviscérations tardives, où les malades apportent leurs viscères dans leurs vêtements, si la réduction est rendue délicate par des efforts du malade, comme chez les enfants par exemple, quelques bouffées de chloroforme semblent indiquées.

La réduction étant faite, la question de la suture se pose. Faut-il suturer, et comment suturer ?

Le Professeur Poncet, de Lyon, dit : « Laissez toujours, dès qu'un léger doute existe, une fenêtre ouverte sur l'abdomen. Par elle, vous pourrez voir ce qui se passe dans la profondeur et par elle s'écouleront, si besoin est, les liquides sécrétés...

» Dans certains cas même, où à des signes d'inflammation locale vous reconnaissez la possibilité de phénomènes péritonéaux graves, ne tentez aucune suture. Une fois la réintégration faite, pansez à plat, mettez une série de larges compresses de gaze stérilisée directement sur les intestins; par-dessus, du coton et un bon bandage de corps... et attendez en soutenant l'état général. »

Nous voyons aussi, dans l'observation de M. le Professeur Guyot, la réunion des lèvres de la plaie obtenue à l'aide de bandes de diachylon.

Mais, en général, si l'on ne craint pas l'infection, on fait une suture.

Là, comme précédemment, nous retrouvons plusieurs modes de suture, depuis le procédé en trois plans avec catgut pour les plans profonds et crins pour la peau, avec ou sans points totaux de soutien, et dans lequel l'asepsie, toujours douteuse

dans ces cas, fait repousser les points non résorbables, jusqu'au procédé en un plan aux crins ou aux fils métalliques.

Ce dernier a l'avantage d'être plus rapide, il est peut-être moins soigneux que le précédent. Mais vraiment, en considérant nos observations, nous le voyons très employé et toujours avec d'excellents résultats.

Si les viscères étaient très souillés, si l'antisepsie semble douteuse, on laissera un drain de caoutchouc.

Dans les éviscérations tardives, en particulier, il pourra être utile d'aviver les bords de la plaie avant leur réunion.

Enfin, malgré toutes les précautions prises, cet accident et son traitement ne seront pas sans choquer plus ou moins le malade. Il ne faudra donc pas manquer de donner à celui-ci de l'alcool, de le réchauffer, de lui faire du sérum, de la caféine, en un mot de faire la thérapeutique du choc qui lui permettra de supporter sans danger cet accident.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à M. le Professeur GUYOT.)

Mlle J... (Reine), 26 ans. Entre à la maison de santé le 4 juillet 1930 pour un kyste dermoïde de l'ovaire droit ayant présenté des accidents de torsion à répétition.

Intervention. — Le 7 juillet, sous anesthésie générale à l'éther Ombredanne, ablation de l'ovaire droit, porteur d'un kyste volumineux et très adhérent. On draine au Mikulicz, étant donné l'existence d'une zone importante d'adhérences dont l'hémostase complète est difficile.

Suites. — Immédiates normales. Le 10, on commence à enlever les mèches. Le 13, on enlève le Mikulicz. Dans la nuit du 19 au 20, la malade présente des phénomènes de subocclusion : arrêt des matières et des gaz; coliques violentes; ballonnement du ventre.

On applique de la glace et l'on fait un abcès de fixation.

Le 20 au matin, quelques gaz passent, qui font abandonner l'idée d'intervention. La malade a quelques vomissements; on cesse l'alimentation liquide et l'on fait du sérum sous-cutané et du goutte à goutte sucré.

On attend alors deux jours, la malade étant à la diète absolue.

Le mardi 22 (15 jours après l'intervention); on enlève les points.

Les phénomènes persistant, on pratique un lavage d'estomac au thé chaud. A ce moment, les efforts de vomissements font ouvrir la cicatrice sur une longueur de 3 centimètres environ. La malade ne s'en aperçoit pas; aucune douleur, mais « sensation d'écar-

tement ». On enlève alors le pansement et l'on voit qu'une anse grêle fait issue à travers la plaie.

Immédiatement après, attouchement à l'éther; on rentre l'intestin en le refoulant à l'aide d'une compresse laissée à demeure. Au moyen de bandes de leucoplaste, on rapproche les bords de la plaie.

Les suites sont normales; aucune réaction abdominale. La malade a gardé la glace sur l'abdomen pendant plusieurs jours. La malade a des selles spontanées. La plaie a bon aspect, les lèvres sont rapprochées par des bandes de leucoplaste très longues de chaque côté.

Elle sort le 5 août en excellent état avec une petite plaie superficielle.

Actuellement, la malade est tout à fait bien; elle a repris son travail; bon état général. Au point de vue local, la paroi est très solide; pas la moindre trace d'éventration. Les deux côtés de l'incision se sont réunis comme s'ils avaient été suturés, et le résultat définitif est excellent. Par prudence, la malade porte chaque jour une ceinture abdominale avec une pelote médiane de renforcement.

Note de M. le Professeur Guyot. — Nous croyons que l'éviscération a été occasionnée par une certaine réaction péritonéale consécutive à l'ablation du sac (ballonnement du ventre, arrêt des gaz, état nauséux) et s'est produite tout de suite après un lavage d'estomac, dans les efforts que celui-ci avait provoqués.

OBSERVATION II.

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

A... (J.), 35 ans. Fait une chute de bicyclette, tombe le ventre sur le guidon. Douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz. A l'entrée à l'hôpital, le lendemain, contracture généralisée de la paroi abdominale. Météorisme généralisé. Pas de disparition de la matité hépatique. Toucher rectal négatif.

Opération le 28 avril 1930. — Laparotomie médiane sous-ombili-

cale. Du pus remplit la cavité péritonéale. Fausses membranes sur le grêle. Dévidement méthodique de l'intestin, qui montre une perforation de la grandeur d'une pièce de 1 franc sur la fin de l'iléon.

Suture en deux plans au catgut fin. Mikulicz et drain sus-pubien. Murphy continu. Sérum sous-cutané.

Suites. — Normales. Ablation des mèches le troisième jour; du sac du Mikulicz le onzième jour.

Mais les jours suivants, la paroi s'infecte, se désunit, et les anses grêles apparaissent. Diachylon et bandage de corps.

Il se produit alors une perforation sur le gros intestin, donnant issue à des matières ocrees, pâteuses. La paroi se refait lentement.

Deuxième intervention le 28 juillet 1930. — Excision de la cicatrice ancienne. Découverte et fermeture de deux fistules du grêle. Enfouissement. On met un Mikulicz et l'on referme en un seul plan. Guérison.

OBSERVATION III.

(Service de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme X..., 51 ans. Entre le 4 janvier 1929 à l'Hôpital pour pertes sanguines exagérées qui sont apparues depuis Pâques 1928 et se produisent au moment des règles et pour douleurs à l'hypogastre droit survenant le soir ou le matin vers 4 ou 5 heures et irradiant dans le membre inférieur gauche.

On porte le diagnostic de fibrome de l'utérus avec annexite droite.

Opération le 10 janvier 1929. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus de la grosseur d'une volumineuse orange, avec des adhérences. A droite, pyosalpinx plongeant dans le Douglas. A gauche ovaire scléro-kystique avec un kyste de la grosseur d'une noix.

Hystérectomie subtotale avec castration double. Fermeture de la paroi, en trois plans : surjet au catgut sur le péritoine, surjet musculo-aponévrotique et crins sur la peau; puis points profonds au fil d'argent, prenant la paroi, péritoine excepté. Pas de drainage.

Suites. — Le 20 janvier, c'est-à-dire dix jours après l'intervention, ablation des fils d'argent. Dans la soirée, à l'occasion d'une quinte de toux, la cicatrice se rompt et une anse grêle fait issue à travers cette brèche. Immédiatement, la malade est conduite à la salle d'opérations. La réduction est faite après lavage à l'éther et légère anesthésie générale au chloroforme. On referme la paroi en un plan aux fils d'argent après avivement des bords internes des droits. La malade meurt le 25 janvier.

Autopsie. — Pleurésie purulente gauche avec lésions tuberculeuses du poumon : intestin et épiploon noirâtres. Rien par ailleurs.

OBSERVATION IV.

(Due à M. le Professeur ROCHER.)

*Syndrome de sténose hypertrophique du pylore. — Pylorectomie.
Eviscération au deuxième jour. — Guérison.*

Le 9 décembre 1928, le Docteur Suertegaray, d'Hendaye, m'adressait un petit bébé de 3 mois présentant un syndrome de sténose pylorique basé sur des constatations cliniques précises et un examen radioscopique.

Intervention le 10 décembre 1928. — Laparotomie transversale droite sous-hépatique. Nous trouvons un pylore non hypertrophié, en forme de petit anneau; après avoir hésité à faire la pylorotomie tellement le sphincter paraît normal, nous la pratiquons néanmoins avec la plus grande prudence.

Suture de la paroi au catgut 0 pour le péritoine et le muscle; agrafes de Michel pour la peau.

Suites. — Normales. L'enfant est nourri avec du liquide exclusivement et vomit peu. Le Docteur Rocaz, appelé en consultation, nous incite à continuer l'alimentation liquide, en augmentant progressivement le lait.

L'état général étant excellent, les agrafes, en s'enfonçant dans la peau, déterminant un peu de suppuration, on décide de les enlever au cinquième jour. Pendant cette opération, l'enfant crie et rompt

sa cicatrice; une anse grêle sort sous nos yeux. Immédiatement, nous mettons un paquet de compresses stérilisées pour éviter l'issue de toutes les anses grêles et nous faisons donner par la sœur de la clinique l'anesthésie au chloroforme. Après nettoyage des bords de la plaie et une asepsie aussi parfaite que possible, nous lavons les anses à l'éther et nous refermons la paroi par des points séparés pour le muscle et des crins de Florence, comprenant non seulement la peau, mais également le plan superficiel de la paroi aponévrotique et musculaire.

L'enfant a parfaitement supporté cet accident et est actuellement en excellente santé.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance du Docteur GUÉRIN,
Chef de clinique de M. le Professeur ROCHER.)

Observation publiée à la Société de pédiatrie, mai 1931, Paris.

V... (Ginette), 7 mois. Entre le 28 avril 1929 à l'Hôpital des Enfants parce qu'elle a eu une crise douloureuse abdominale dans la nuit. La maman a constaté une selle sanglante dans les langes. Les crises douloureuses se rapprochent, survenant toutes les quinze à trente minutes. A 14 h. 30, vomissement. Après examen de la malade, on pose le diagnostic d'invagination intestinale. On sent la tête de l'invagination par le toucher rectal. Température, 37 degrés. Pouls, 120.

Intervention le 28 avril à 17 h. 15 (à la 15^e heure) (par le Docteur Guérin). — Anesthésie chloro-éther. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Désinvagination difficile. La portion terminale de l'iléon est violacée sur 20 centimètres environ. Pas de brides intestinales; le cæcum n'est pas fixé. Suture au catgut du péritoine; suture des autres plans de la paroi aux crins de Florence, complétée par quelques agrafes pour la peau. Durée, sept à huit minutes. Après l'intervention, solucamphre et sérum physiologique.

Suites opératoires. — Les jours suivants, la température varie de 41 degrés à 37°6 et reste normale. Le pouls varie de 120 à 132

et reste ainsi jusqu'au 6. L'enfant va régulièrement à la selle et ne vomit pas.

Le 6 mai, à 8 heures, en enlevant les agrafes (huitième jour), la paroi abdominale cède dans une partie de l'incision sous-ombilicale. Issue de plusieurs anses grêles.

Immédiatement, intervention : lavage à l'éther, et suture de la paroi aux crins (deux crins totaux et plusieurs superficiels).

A 16 heures : Bon aspect général, légère agitation, pas de vomissements. Depuis l'intervention, l'enfant a pris un peu d'eau avec X gouttes d'adrénaline. Température, 39°8. Pouls, 168.

Les jours qui suivent n'amènent pas de changement dans l'état général. L'enfant prend le sein, ne vomit pas, va à la selle. La plaie opératoire est en bon état. Léger œdème autour de la zone nouvellement suturée. Pas de fluctuation.

Le 10 mai, l'enfant commence une rougeole, qui, malgré la thérapeutique aussitôt appliquée, l'emporte le 13 mai, à 23 heures.

OBSERVATION VI.

(Due à M. le Professeur agrégé LOUBAT.)

Appendicite aiguë. — Mikulicz. Au dixième jour après l'ablation du Mikulicz, apparition d'une anse grêle au niveau de la plaie. — Eventration nécessitant une deuxième intervention. — Guérison.

R... (Jean), 14 ans 1/2. Dans la nuit du 25 au 26 octobre 1917, ressent soudain une violente douleur dans tout l'abdomen, avec maximum à gauche. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Constipation absolue. Les jours suivants, état stationnaire. La douleur continue à gauche avec irradiation à droite et dans le creux épigastrique. Les vomissements bilieux augmentent; délire léger; la diarrhée devient continuelle.

Le 28, le malade entre dans un état grave à l'hôpital. Il est opéré d'urgence.

Intervention (par M. le Professeur agrégé Loubat), le 28 octobre, soit plus de trois jours après le début des accidents. Incision de

Roux. Le péritoine est tendu. A l'ouverture, il s'en écoule un liquide purulent qui remplit tout l'étage inférieur de l'abdomen. L'appendice est gangréné et perforé. Sans refermer la paroi, on établit un Mikulicz. L'anesthésie générale était faite à l'éther.

Suites. — Normales. On fait du sérum glucosé rectal, du sérum physiologique, de l'huile camphrée et de la strychnine.

Le 7 novembre, suppression du Mikulicz. Peu à peu, une anse intestinale sort jusqu'au bord de la plaie.

Le 19 décembre, la plaie est refermée, mais il reste une éven-tration, qui nécessitera une deuxième intervention le 15 mars 1928.

Guérison complète le 9 avril 1928.

OBSERVATION VII.

(Due à M. le Professeur agrégé LOUBAT.)

Appendicite aiguë. — Au huitième jour, désunion de la plaie, apparition des anses grêles. — Mort.

K... (Jean), 8 ans. Entre à l'hôpital le lundi 19 mai 1930 souffrant depuis le samedi de douleurs à droite de l'ombilic sans diarrhée ni constipation. Le 19, à midi, vomissements verts. On diagnostique une appendicite aiguë. L'enfant a eu précédemment une rougeole et les oreillons. Enfant délicat.

Les parents sont vivants. La mère a fait deux fausses couches de 3 et 4 mois, une avant la naissance de Jean, une après. Un autre enfant est mort à 3 ans de méningite. Une sœur âgée de 10 ans est de santé délicate.

Intervention le lundi 19 mai, à 21 heures (22 heures après le début des accidents), par le Docteur Jean Chavannaz, remplaçant M. le Professeur agrégé Loubat. On trouve un appendice sphacélé en deux endroits, à la pointe et à la base, de la grosseur d'une lentille. Pus en abondance. On pose des mèches et un drain.

On fait de l'huile camphrée, de la spartéine. On met de la glace. On fait du goutte à goutte rectal.

Suites. — Vomissements noirs. Syndrome d'occlusion haute du grêle. On fait un lavage d'estomac.

Dans la nuit du 21 au 22, l'état s'aggrave. Agitation, refroidissement, orthopnée.

L'interne tire un peu le drain et la mèche. On replace la sonde rectale; il y a émission de gaz.

La journée du 22 est satisfaisante. On continue la strychnine et le sérum. Dans la nuit du 22 au 23, agitation extrême. Dans la nuit suivante, selle abondante et vomissements.

Le 24, on supprime la mèche et l'on met un petit drain.

Le 28, une anse grêle apparaît dans toute la longueur de la plaie, qui, du fait de la suppuration, n'avait pas été suturée. Par la plaie il sort des matières fécales provenant d'une perforation sur la portion terminale du grêle.

Le 31, vomissements verts. Pouls filant.

Mort le 8 juin 1930, à 3 heures du matin.

OBSERVATION VIII.

(Due à M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

Mme F..., 49 ans. Entre à la maison de santé en novembre 1925. C'est une malade obèse, fatiguée, à cœur mou. Une analyse d'urine révèle 0 g. 39 d'urée par litre.

Première opération le 26 novembre 1925. — On fait une hystérectomie sous anesthésie générale. La paroi est refaite en trois plans; un surjet au catgut sur le péritoine; des points séparés au catgut sur le muscle et l'aponévrose et des points séparés au crin sur la peau.

Deuxième opération le 8 décembre. — On fait une colpopéri-néorraphie sous rachianesthésie.

On enlève les points de la première intervention le lendemain.

Le 10 décembre 1925, à l'occasion d'un effort de toux, la malade faisant une congestion pulmonaire double, une éviscération se produit. Etat très grave. D'urgence on réduit, après lavage à l'éther. On refait la paroi en un plan au fil de bronze. La malade garde une éventration qu'elle supporte à l'aide d'une ceinture jusqu'en 1928, où elle est emportée par une affection pulmonaire.

Réflexions de l'auteur. — Depuis cet accident, M. le Professeur agrégé Jeanneney conseille et emploie toujours après la suture en trois étages classique des points totaux profonds aux crins doubles noués sur un bourrelet de gaze.

OBSERVATION IX.

(Due à M. le Professeur agrégé DUFOUR.)

C... (Jean), 59 ans. Entre à l'hôpital pour ictère le 15 juillet 1930. Le début de la maladie remonte au mois d'octobre 1929. Actuellement, le malade est très amaigri. Il avait déjà perdu en décembre 1929 une dizaine de kilos.

Opération le 23 juillet 1930. — Incision en équerre sus-ombilicale; on tombe sur un néoplasme du carrefour hépatique avec adhérences nombreuses, et impossible à opérer. On se borne donc à cette laparotomie exploratrice et l'on referme en suturant en trois plans : catgut pour les plans profonds, crins pour la peau.

Suites immédiates normales, malgré le mauvais état général du malade.

Au quatrième jour, dans la nuit du samedi au dimanche 27 juillet, le malade est pris d'une quinte de toux. Il sent à ce moment sa paroi se déchirer, mais ne souffre pas. On trouve, le dimanche matin, cinq ou six anses grêles dans le pansement.

On intervient d'urgence. Il y a déjà des adhérences et des fausses membranes blanchâtres sur les anses grêles; on lave le tout à l'éther et on réduit.

Suture en un plan total au fil de bronze. Guérison.

OBSERVATION X.

(Due à M. le Docteur RABÈRE.)

X... Se présente atteint d'un ictère par rétention. On décide d'intervenir et l'on fait une cholécystectomie. On trouve des calculs dans le cholédoque. On referme en trois plans avec catgut pour les

plans profonds et crins pour la peau. On fait un drainage de cholelédouque.

Au septième jour, on enlève les points prématurément. Le malade fait un effort de toux et éviscère au dixième jour une anse grêle.

Réduction immédiate et suture en un seul plan au fil de bronze. Guérison parfaite.

OBSERVATION XI.

(Due au Docteur RABÈRE.)

X... Très amaigri, cachectique même, souffre de l'estomac. Cliniquement, on diagnostique un néoplasme. L'intervention est décidée, mais, après la laparotomie, on se trouve en présence d'une tumeur inopérable. On referme donc en trois plans : catgut pour les plans profonds, crin pour la peau. Les points étant encore en place, à l'occasion d'un effort le malade ouvre sa plaie et éviscère ses anses grêles. La réduction est faite immédiatement et la suture en un plan.

Le malade meurt quelques jours après.

OBSERVATION XII.

(Due à M. le Docteur CHARBONNEL.)

X..., 50 ans. Entre à l'hôpital pour sténose pylorique.

A l'examen, on trouve de l'hypochlorhydrie, et l'examen clinique fait songer à un néoplasme.

Intervention. — L'opération est décidée et effectuée le 10 août 1922 sous anesthésie au Billroth. On trouve des adhérences entre le foie et la petite courbure, mais ni tumeurs ni ganglions. Rien à la vésicule. On libère ces organes et l'on fait une gastro-entérostomie postérieure antrale. Suture en trois plans, plus des points totaux au fil de bronze.

Suites. — Le Docteur Charbonnel part en vacances et perd de vue le malade à partir du quatrième jour. On aurait enlevé les points totaux au douzième jour et le lendemain, on découvre une

éviscération qui est réduite. On referme en un seul plan. Le malade meurt quarante-huit heures après.

Autopsie. — Deux ulcères calleux juxta-pyloriques et adhérents au foie.

OBSERVATION XIII.

(Due à M. le Docteur MASSÉ.)

Mme M..., 44 ans. Entre à la maison de Santé pour y être opérée d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. Femme très adipeuse.

Opération. — On pratique une hystérectomie subtotale le 19 février 1931. Aucun incident, sauf une anesthésie très difficile au début, qui allonge l'opération. A cause de cet allongement anormal du temps opératoire, on termine par un Mikulicz, le fibrome étant enlevé et le petit bassin saignant en nappe. La paroi est soigneusement refaite en trois plans à l'aide d'un surjet au catgut sur le péritoine, de points séparés et d'un surjet au catgut sur le muscle et l'aponévrose et de points profonds totaux avec crins doubles noués sur un coussinet de gaze.

Suites. — Troublées. La malade rend des gaz quarante-huit heures après l'opération. Mais pendant huit jours elle eut le ventre ballonné et des vomissements bilieux très abondants. On fait deux lavages d'estomac, celui-ci étant très dilaté. La température reste normale, mais le pouls est rapide et va jusqu'à 120.

Au huitième jour, tout rentre dans l'ordre. On enlève, le dixième jour, les points profonds totaux, qui libèrent le coussinet. Le même jour, on enlève le sac du Mikulicz. Les points superficiels sont enlevés en trois fois, le quinzième et le dix-huitième jour.

Le dix-neuvième jour, alors que la malade allait très bien, on appelle d'urgence le Docteur Massé pour une éviscération qui s'est produite au niveau du tiers supérieur de la cicatrice et qui a laissé passer une partie de l'intestin grêle et l'épiploon très épaissi.

L'accident s'est produit à la faveur d'un effort de toux nocturne. L'orifice du Mikulicz, réduit à 2 francs, n'est pas en cause, il est à 4 travers de doigt au-dessous de la limite inférieure de l'éviscé-

ration. Cet orifice de rupture est long de 4 travers de doigt et large comme la paume de la main. L'intestin grêle est déjà en partie adhérent à la lèvre droite de la plaie. On décolle au doigt, et très facilement, ces adhérences nouvelles. On avive les bords de la plaie. On réduit la masse éviscérée après un lavage à l'éther et on refait la paroi par des points séparés totaux aux crins doubles en un seul plan.

Suites. — Très bénignes; la température n'a jamais dépassé 37°8; le pouls 80.

Excellent état à l'heure actuelle.

OBSERVATION XIV.

(Due à M. le Docteur MASSÉ.)

G... (Pierre), 15 mois. Entre à l'Hôpital des Enfants le 11 janvier 1927 pour constipation opiniâtre due à un rétrécissement du rectum.

A sa naissance, on a constaté un rétrécissement du rectum, qui l'empêchait d'aller à la selle. Au neuvième jour, son médecin traitant procéda à une dilatation, qu'il recommença depuis tous les quatre mois. Il a été fait quatre dilatations, et l'on n'a des selles qu'en usant d'huile de ricin.

Antécédents héréditaires. — La mère a fait deux fausses couches: la première à 2 mois, la deuxième à 8 mois.

A son arrivée, l'enfant est très fatigué. La température est de 37°4. Il n'a pas été à la selle depuis huit jours. Le ventre est ballonné, sans aucun mouvement péristaltique des anses intestinales.

Au toucher rectal, le doigt est dans un canal infundibuliforme à calibre diminuant à mesure qu'on enfonce. A 2 centimètres de l'anus, on sent un orifice que le petit doigt ne peut franchir. Les parois sont souples, et une dilatation progressive permet peu à peu d'agrandir l'orifice.

Une radio faite le 11 janvier 1927 montre, après lavement baryté, un mégacôlon iliaque considérable.

Opération le 11 janvier 1927. — On fait un anus iliaque gauche sans éperon sous anesthésie au Schleich. Incision parallèle à l'arcade crurale gauche, très près de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dès l'ouverture du péritoine, les anses grêles, très dilatées, se présentent. Il y a éviscération partielle. Le gros intestin est attiré dans la plaie. On le fixe au péritoine pariétal par une couronne de points de catgut. Au moment où on allait terminer la fixation, l'enfant se réveille et éviscère en partie ses anses.

Les suites opératoires ont été assez agitées, le 12 et le 13. On ouvre au thermocautère l'intestin le 13 janvier. L'anus commence à donner le 15, et l'enfant est dans un état excellent. Le 18, au cours du pansement, l'enfant pousse des cris et fait une éviscération presque complète qui nécessite une nouvelle intervention qui est pratiquée une heure après. L'enfant meurt le lendemain, 19 janvier.

A la nécropsie, on trouve un rétrécissement du rectum assez souple avec une dilatation considérable de toute l'ampoule rectale et du côlon sigmoïde, ces organes remplissant l'abdomen et ayant repoussé le reste de la masse intestinale vers la droite.

OBSERVATION XV.

(Due à M. le Docteur LAFARGUE.)

R... (V.), Espagnole, 32 ans.

A déjà eu deux grossesses. A la troisième, en 1924, césarienne. La paroi suppure à la suite de cette intervention.

Une quatrième grossesse se termine par un accouchement normal. Elle entre à l'hôpital André-Boursier pour une cinquième grossesse, pour laquelle on décide de faire une nouvelle césarienne. Elle est opérée le 21 juillet 1930. La paroi est refaite en trois plans : catgut pour les plans profonds, crins pour la peau. Nouvelle suppuration de la paroi, qui se désunit en deux temps. D'abord, la partie inférieure de la cicatrice cède, laissant passer quelques anses épiploïques qu'on laisse sous un pansement aseptique. Puis la partie supérieure, à son tour, lâche du fait de la suppuration et d'un effort. En défaisant le pansement, on y trouve la moitié du gros intestin, tout l'épiploon et presque tout le grêle.

Le 9 août, la malade est évacuée à Canolle : on réduit l'éviscération après un léger tamponnement à l'éther. La paroi est refaite en un plan au fil d'argent. Dans les jours qui suivent, la température monte à 40, puis fait quelques oscillations. Une menace de phlébite nécessite la pose de sangsues. Progressivement, la température revient à la normale. Apparition de quelques douleurs articulaires cédant à la médication anti-gonococcique. Guérison.

Note de l'auteur. — À remarquer que, dans ce cas, l'éviscération s'est produite du fait de la suppuration et que, déjà quatre ans avant, cette paroi, à l'occasion d'une césarienne, avait suppuré. On peut donc penser là à la possibilité d'un microbisme latent.

Pour éviter de semblables accidents, nécessité de mettre des points de soutien, aux crins, prenant tous les plans, en plus de la suture en trois plans au catgut et aux crins.

OBSERVATION XVI.

(Due à M. le Docteur CHAUVENET, de Thouars.)

Mme F..., âgée de 64 ans, malade du Docteur Tézé.

Malade souffrant du ventre, constipée et maigrissant depuis plusieurs mois. A la radio, image lacunaire et arrêt de la baryte au niveau du côlon descendant.

Mauvais état général.

Intervention sous éther le 17 février 1928.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Légère ascite sanglante.

Cancer du côlon descendant; carcinomatose épiploïque.

Le péritoine pelvien est couvert de petits nodules cancéreux.

Fermeture pariétale en trois plans (catgut n° 2 en surjet sur l'aponevrose).

Suites simples jusqu'au dixième jour, où la malade se plaint de coliques et où l'on constate un gros suintement glaireux au niveau du pansement. Celui-ci découvert, on voit qu'une éviscération s'est faite à travers la paroi, dont les crins ont coupé les téguments.

Sous éther, lavage de la masse intestinale éviscérée au sérum chaud; réduction et suture pariétale en un plan.

Guérison *per primam*.

OBSERVATION XVII.

(Due à M. le Docteur CHAUVENET, de Thouars.)

Mme P..., 66 ans, malade du Docteur Tézé. Pertes séreuses et sanglantes depuis plusieurs semaines; pas de douleurs. Col normal, corps volumineux et dur. Le toucher permet de pénétrer dans le col légèrement entr'ouvert, par où sortent des fragments de tumeur. Le diagnostic de cancer du corps est évident.

Malade diabétique, urinant 1 l. 1/2 par vingt-quatre heures et 30 grammes de glucose par litre. Pas d'acétonurie.

Après insulinothérapie, opération le 10 août 1929 sous anesthésie à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. Hystérectomie totale toutes ligatures faites; paroi en trois plans (catgut aponévrotique) en laissant un drain n° 30. Durée totale de l'intervention, vingt-cinq minutes.

Suites simples jusqu'au quinzième jour, où la malade a son pansement très souillé par des glaires et du liquide sanguinolent (les crins n'avaient pas encore été ôtés). Il s'agit d'une éviscération peu importante d'une anse grêle qui a glissé entre deux sutures cutanées.

Sous anesthésie locale, réduction de l'intestin et suture de la paroi en un plan. Suppuration abondante de la plaie, troubles de l'état général, signes d'acidose (état précomateux, acétonurie, somnolence) pendant plusieurs jours et cédant à une thérapeutique énergique. Guérison. Actuellement, la malade va très bien; nous l'avons revue ces jours derniers.

Examen histologique. — Cancer du corps (Mlle E. Dubreuilh.)

OBSERVATION XVIII.

(Due à M. le Docteur CHAUVENET, de Thouars.)

Mme P..., 49 ans, malade du Docteur Demange. Fibrome utérin.

Métrorragies abondantes depuis 6 ans. A subi dans une ville voisine une abondante série de rayons X (32 séances!). Les pertes continuent et, depuis quelques semaines, sont assez abondantes pour

donner un état inquiétant au point de vue immédiat. Il s'agit d'une femme obèse (110 kilos). La paroi abdominale présente la pigmentation caractéristique du traitement qu'elle a suivi.

Le toucher permet de sentir un utérus volumineux, dur, peu mobile. Ses dimensions paraissent être celles d'une tête d'adulte. Cette femme a un périnée solide, le vagin rétréci. Ceci et le volume apparent de la tumeur nous font rejeter la voie vaginale, à laquelle nous avons tout d'abord songé.

Opération le 30 avril 1930. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Hystérectomie subtotala permettant d'enlever un très gros fibrome bloqué dans le pelvis.

Paroi en trois plans (catgut n° 2 à points séparés sur l'aponévrose).

Drain n° 30 laissé pendant quarante-huit heures.

Les suites immédiates sont troublées par des accidents psychiques caractérisés par une agitation furieuse, des cris, des hurlements. Cet état dure sans désespérer jusqu'au vingtième jour. Par ailleurs, tout semble aller pour le mieux. On enlève les crins cutanés le vingtième jour. La cicatrice paraît de bonne qualité.

Les accidents psychiques ne s'arrangent pas, et nous cédon à la demande qui nous est faite par la famille, qui veut ramener la malade chez elle.

Cinq jours après son départ, nous sommes appelé auprès d'elle parce qu'on a remarqué le volume soudain exagéré de son pansement, à présent souillé par des glaires et du sang.

L'état psychique est le même.

A domicile, sous anesthésie locale, nous faisons la réduction difficile de la masse intestinale éviscérée, la malade chantant et poussant à loisir pendant cette intervention.

Suture pariétale en un plan. La malade, malgré la surveillance et son nouveau transport à la clinique, arrache son pansement, ses crins. Il se produit le huitième jour une fistule du côlon transverse.

Nous avons refermé cette fistule le mois dernier (avril 1931), par voie intrapéritonéale. Guérison.

OBSERVATION XIX.

(Due à M. le Docteur CHAUVENET, de Thouars.)

Mme B..., 48 ans, malade du Docteur Tézé.

Métrorragies abondantes depuis deux ans. Pertes d'abord au moment des règles, à peu près continues et fétides depuis quelques mois. Anémie importante. Des chirurgiens déjà consultés n'ont pas voulu opérer cette malade en pensant que ses pertes venaient d'une affection du sang (cette dame a perdu un fils hémophile).

Au toucher, utérus un peu gros, induré, peu mobile, couché sur son côté droit. On sent dans le cul-de-sac gauche une masse grosse comme une orange.

Rien au point de vue général. Temps de saignement normal.

Après préparation médicale et en particulier une injection d'an-théma, opération le 11 juin 1930 sous anesthésie à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. Utérus augmenté de volume, kyste de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. Mèche vaginale. Pari en trois plans (catgut aponévrotique).

Suites simples jusqu'au 26 juin (15^e jour), où l'on enlève les crins cutanés (crins totaux sur bourrelets de gaze et crins superficiels). Quatre heures après, au cours d'un effort (toux puis défécation), éviscération de plusieurs anses grêles dans le pansement. Les trois quarts de la suture sont désunis.

C'est le Docteur R. Mahon, qui nous remplace, qui voit la malade et s'occupe d'elle (ce sont ses notes que nous transcrivons ici) : Anesthésie locale; réintégration de la masse éviscérée. Suture en un plan aux gros crins doubles et quelques crins cutanés. Guérison *per primam*.

OBSERVATION XX (Personnelle).

M. L..., élève à l'Ecole de Santé navale, en traitement à l'infirmerie de l'Ecole pour entorse tibio-tarsienne, est pris d'une crise appendiculaire typique dans la journée du 5 février 1928. Le lendemain, le malade est envoyé à l'hôpital militaire de Talence. C'était la troisième crise semblable dans l'histoire du malade.

Intervention le 6 février. — Incision de Jalaguier. L'appendice est en position rétro-cæcale ascendante et adhérent à la paroi postérieure de l'abdomen. La rupture d'une de ces adhérences ouvre une petite collection purulente. Le foyer est laissé largement ouvert après pose d'un drain et de mèches.

Anesthésie à la rachi très insuffisante. Vomissements qui tendent à éviscérer.

Glace, qui sera maintenue jusqu'au 10.

Suites. — Le 8 au matin, sans cause apparente, légère éviscération nécessitant sous une brève anesthésie générale la réintégration. Remise en place du drain et des compresses d'isolement.

On retire progressivement les compresses à partir du sixième jour. On conserve le drainage quinze jours. Guérison.

CONCLUSIONS

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de notre travail ?

I. — Parmi les causes favorisant l'éviscération, nous avons noté en premier lieu toutes les opérations septiques nécessitant le drainage (drain, mèches, Mikulicz), puis l'incision médiane sous-ombilicale, et surtout l'ablation prématurée des points de suture, enfin certains états de débilité (cancer de l'estomac).

La cause déterminante est toujours un effort quelconque (toux).

II. — Si la symptomatologie objective est simple, la symptomatologie subjective est souvent fruste, le malade ne s'apercevant pas, parfois, de la déhiscence de la plaie.

III. — Le pronostic est, en général, bon. Il ne faut pourtant pas perdre de vue que la mortalité moyenne est de 22 à 23 p. 100, et il faut tenir compte des accidents futurs.

IV. — Le traitement préventif consiste d'abord à relever l'état général du futur opéré, à éviter les anesthésiques provoquant des vomissements, à éviter l'emploi des mèches, si le drainage est nécessaire, et préférer des drains de caoutchouc.

Au point de vue des sutures, il semble qu'il faut éviter le catgut aponévrotique et préférer les crins ou la soie. De toutes façons, après la suture par plans séparés, il semble bon de poser des points profonds de soutien noués sur un bourrelet de gaze et de n'enlever ces points que le quinzième jour. Il

sera bon de les remplacer alors par des bandes de diachylon. Il faudra éviter l'emploi d'agrafes cutanées chez les enfants.

V. — Le traitement curatif est simple : réduire, après lavage à un antiseptique doux, de préférence le sérum tiède. Employer, si la réduction est difficile, le procédé de la serviette de Kummel. Si elle est impossible, laisser les anses sous un pansement aseptique légèrement compressif. Cette opération peut se faire, semble-t-il, très bien sans anesthésie, ce qui évite au malade choqué une intoxication inutile. Mais la conduite à tenir dans ce cas est réglée par l'état général du malade.

Enfin la suture après la réduction se fait le plus souvent en un plan total sans accident, mais en cas d'infection il vaut mieux, selon M. le Professeur Guyot, poser en un premier temps des compresses, puis secondairement réunir les lèvres de la plaie par des bandes de diachylon.

VI. — Il reste un point important : relever l'état général du malade.

VU : BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 juillet 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONIA et SNEGURIEFF. — Résultats de l'enquête de La Torré à Rome en 1897 sur la question : Quelle est la cause des éviscérations postopératoires cité par Jean Didier. Thèse Paris, 1923.
- AUDEBERT. — Soc. d'obst. de Toulouse, 2 mars 1910.
- BAR. — Soc. d'obst. de Paris, déc. 1909.
- BARNES. — Sur le collapsus abdominal dans les affections de l'abdomen. *The Lancet*, 3 et 24 août 1861.
- BATY. — Lorsqu'une plaie de l'abdomen livre passage aux viscères sains ou blessés, que doit faire le chirurgien ? Paris, in-8°, 1838.
- BAUBY. — *Arch. prov. de chir.*, 1901, p. 332.
- BEUTTNER. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1897.
- BONA. — *Osservatore Gaz. Med. di Torino*, 1888.
- BONNAIRE et METZGER. — *Soc. d'obst. de Paris*, déc. 1909.
- BONAVITA. — Thèse Lyon.
- BOURSIER. — *Rev. mens. de gyn.*, 1902, p. 134.
- BRAUN (C. V.). — *Ann. di ost. i gin.*, 1892.
- BRAUN (G.). — *Centralbl. f. Gyn.*, 1896.
- BRIANSON (de). — Thèse Toulouse, 1901.
- BUFFALINI. — Sur la déhiscence des plaies de laparotomie aseptique. *Ann. Ital. di chir.*, Naples, an II, fasc. 6, 20 juin 1923.
- CARUSO. — *Ann. di ost. i gin.*, 1892.
- CAVAZZANI. — *Clin. chir. Milano*, 1901, p. 901-906.
- CESTAN. — *Toulouse méd.*, 1900.
— *Toulouse méd.*, 1906.
- CHAVANNAZ. — *Rev. de gyn., obst. et péd. de Bordeaux*, 1900, n^{os} 5 et 6, p. 244.

- DELMAS. — *Rev. mens. gyn., obst. et péd.*, 1914, p. 256.
- DEMONS. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906, p. 652.
- DIDIER (J.). — Thèse de Paris, 1923.
- DOEBBELIN. — *Deutsch. Med. Wochenschr.*, 1899, n° 48.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 400.
- DUPONT. — Thèse de Paris, 1892-1893.
- GODSON. — *British Med. Journ.*, oct. 1884.
- GUERMONPREZ et LE GUEUT. — *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1902, p. 265.
- HEUTET. — *Über postopératoire Bauchbruch*. Goettingen, 1919.
- HOLTERMANN. — Sur la déhiscence postopératoire des cicatrices récentes de laparotomie avec issue des viscères abdominaux. *Zentralbl. f. Gyn.*, Leipzig, An. XLIX, n° 1, janv. 1923.
- JEANNEL. — *Arch. méd. Toulouse*, févr. 1906.
- KATZ-TCHEBYCHEFF (Mme). — Thèse Paris, 1901.
- LABADIE, LAGRAVE, LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical*, p. 1149.
- LANDAU. — *Presse méd.*, 1929.
- LECÈNE, LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*, t. III, p. 72.
- LEJARS. — *Chirurgie d'urgence*.
- LEQUEUX. — *Soc. obst. Paris*, déc. 1909.
- MADDELUNG. — *Arch. f. Klin. chir.*, Bd LXXVII.
— *Journ. de chir. et Ann. Soc. belge de chir. de Bruxelles*, 1903, t. V, p. 224.
- MEYER. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1903, S. 1416.
- MICHOLITSCH. — *Centralbl. f. Gyn.*, 1901, S. 77.
- MONGIE. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 déc. 1900, p. 774.
- MONOD et KIRALY. — *Presse méd.*, n° 16, 3 févr. 1929, p. 252.
- MORTIMER. — *The Lancet, Londres*, vol. CCVIII, n° 5294.
- MOUZELS. — Thèse Toulouse, 1910-1911.
- MULLER (P.). — *Evolution thérapeutique médico-chirurgicale*, avril 1926.
- PAUCHET. — *Comment fermer les parois abdominales. La Clinique*, avril 1928, p. 173.
- POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 3^e édit. Drainage des plaies, p. 77.
- RECOURS. — Thèse Bordeaux, 1901.

- ROMME (R.). — Rupture spontanée de la paroi abdominale avec prolapsus de l'intestin. *Dent. méd.*, 1899, n° 48, p. 793.
- SALVA MERCADÉ. — La période postopératoire. Masson, 1910.
- TERRILLON. — *Progrès médical*, 14 déc. 1889.
- TIXIER. — Thèse Lyon, 1897-1898.
- TOURASSE. — Thèse Lyon, 1910-1911.
- TOURNEMELLE. — Thèse Paris, mars 1901.
- WILIE GILL. — Observations sur l'emploi de l'eau chaude dans la cavité péritonéale pour prévenir le shock. *New-York med. Record*, n° 12, 1887. /



